

13 artículo

Sara Galán Herrera [Buscar autor en Medline]
Rodrigo Córdoba García [Buscar autor en Medline]
M^a Nieves Martín Espíldora [Buscar autor en Medline]



Consideraciones éticas acerca de la prescripción farmacéutica

[Ver resumen y puntos clave](#)
[Ver texto completo](#)
[Volver al sumario](#)

Texto completo

En el marco del uso racional de los medicamentos podemos diferenciar tres puntos críticos, con unos actores responsables de su papel principal: la prescripción, responsabilidad principal del médico; la dispensación, tarea del farmacéutico, y la utilización, cuyo protagonista es el paciente bien informado, aunque tiene como actores secundarios a los profesionales de la salud, los farmacéuticos y ayudantes de farmacia e, incluso, la cultura popular y las campañas publicitarias de tipo sanitario o promocional, auspiciadas por las autoridades sanitarias en un caso y por la industria farmacéutica en el otro¹. Los problemas éticos relacionados con este tema son múltiples. Se han seleccionado tres preguntas que aluden a dos de las posibles fuentes de inducción: la industria farmacéutica; los pacientes y la presión mediática. Además se da respuesta a un tema polémico como es la objeción de conciencia en relación con la libertad de prescripción.

¿Se pueden hacer algunas consideraciones éticas acerca de la decisión de no recibir a los visitantes médicos? ¿Existe alguna obligación de hacerlo? ¿Acaso estas visitas no influyen en la conducta prescriptora del médico? ¿No deberían ser sólo informativas y por tanto muy ocasionales?

Sara Galán Herrera

No he oído ni leído ningún documento que hable de la obligación de recibir a los visitantes médicos. De hecho, hay compañeros que no los reciben por unas u otras razones, y eso no compromete su labor en absoluto. El primer compromiso del médico consiste en prestar a su paciente el mejor servicio del que sea capaz, tal como se lo dictan su competencia profesional y su ciencia (Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC)². Para ello son indispensables dos premisas: una buena capacitación científico-técnica en materia de prescripción, y un ámbito adecuado para poder elegir la opción que más se adapte a nuestra decisión. La responsabilidad en la prescripción exige una decisión tras sopesar utilidad, validez, eficacia del fármaco y seguridad, en una situación clínica concreta (principios de no maleficencia y beneficencia), teniendo en cuenta la opinión del paciente (autonomía) y los aspectos económicos (justicia). La independencia profesional es un derecho y un deber del médico, pero sobre todo, es un derecho de los pacientes a ser tratados por médicos que toman sus decisiones libremente³.

El médico, en su práctica habitual, se encuentra en el centro de una compleja red de relaciones: con el paciente individualmente y su familia, con la administración sanitaria (que representa los intereses de la sociedad en su conjunto) y con la industria farmacéutica. Los intereses de todas las partes no siempre coinciden, siendo en algunas ocasiones opuestos, sometiendo al médico a presiones de uno y otro lado.

Para que la prescripción sea éticamente adecuada de acuerdo con los principios de no maleficencia y beneficencia ha de ser técnicamente correcta, lo que implica una adecuada formación continuada, una obligación de estar al día.

Y ¿quién es el responsable de la formación médica? ¿el médico? ¿la administración?. Tal vez ambos tengan responsabilidad, pero hay muchos médicos que piensan que a la administración no le interesa su formación, si esto no revierte en un ahorro del gasto farmacéutico. La administración autoriza y financia fármacos que no aportan beneficios relevantes (sin informarnos de ello, ya lo hace la industria farmacéutica), y promueven a

bibliografía

1. Altisent R. **Problemas éticos en la práctica diaria: de la investigación a la prescripción.** IV Congreso Nacional de la Sociedad de Bioética Fundamental y Clínica. Bilbao 2 a 4 de noviembre de 2000. Diario Médico 8-11-2000.

2. **Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre Ética de la Prescripción.** O.M.C. Madrid. 1998.

3. Declaración de Lisboa. Derechos del paciente. Adoptada por la 34^a Asamblea Médica Mundial (Lisboa, Septiembre-Octubre 1981). Bol of Sanit Panam, 1990; 108 (5-6): 642.

4. Galán Herrera S, Delgado Marroquín MT, Altisent Trota R. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. Aten Primaria 2004; 34 (5): 231-237.

5. McKinney P., Schiedermayer D., Lurie N., Simpson D., Goodman J., Rich E. Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. JAMA 1990; 264: 1693-1697.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



su vez que los médicos no los usen. Y en este punto de desencanto de los médicos entra la actuación de la industria farmacéutica. La mayor parte de los médicos según un estudio realizado entre médicos de atención primaria de Aragón atiende a los representantes por dos causas: por respeto al trabajo de otros profesionales y para conocer fármacos, y esto se concreta de forma mayoritaria con la recepción de material promocional, material didáctico y cursos y/o jornadas de formación por interés del médico⁴. El médico debe conocer claramente cuales son las prácticas que influyen en su prescripción, y si esto es correcto desde el punto de vista ético. Los resultados de estos conceptos según este mismo estudio se observan en las **tablas 1 y 2**. Asimismo la relación entre el médico y el visitador se ve favorecida cuando el médico percibe, en su relación con la administración sanitaria, falta de preocupación por la formación y ausencia de incentivación por el trabajo bien hecho.



Es interesante analizar como hay prácticas que son consideradas por la mayoría de los médicos correctas desde el punto de vista ético, aunque influyan en su prescripción, como son el pago de inscripciones a congresos y a cursos y/o jornadas de formación. Es un tema que muchos compañeros interpretan en así: es beneficioso para el paciente y la administración no se implica activamente en formación ("si ofertan cursos fuera del horario laboral, conllevan gran coste personal y en algunos casos la imposibilidad de hacerlos, y si son en horario laboral, sin presupuesto para sustituciones, el resultado es que no hago cursos pues no puedo sobrecargar más a mis compañeros, teniendo tanta presión asistencial").

¿Influye la visita médica en la conducta prescriptora del médico? Evidentemente sí. Hay múltiples estudios en Canadá, Estados Unidos o Australia que nos indican que así es, que la relación entre el médico y la industria farmacéutica influye en su conducta prescriptora^{5,6,7,8,9}. Esto es así, y hay que asumirlo. Si no fuese así no se invertiría tanto dinero en publicidad y promoción de fármacos. El médico debe basar su prescripción en guías de medicina basada en la evidencia, en fuentes en principio independientes, para contrarrestar este efecto. El médico debe elegir su prescripción en base a estos preceptos, pero después puede elegir un losartan A ó B. ¿No es lícito que lo hagan los médicos y sí las oficinas de farmacia? Según el Código de Buenas Prácticas en la Prescripción de Medicamentos, a los visitadores de compañías farmacéuticas que desarrollen su labor en *oficinas de farmacia* les serán aplicables las mismas reglas que a los visitadores médicos.

Las prácticas que se utilizan en la visita médica son fundamentalmente de publicidad y promoción de medicamentos. Es prioritario para el médico distinguir claramente entre esto y la información científica, para poder actuar únicamente en beneficio del paciente. Esto es lo fundamental. Hay que tener claro que todas estas prácticas influyen en nuestra prescripción, y hay que ser conocedor de ello, para poder actuar correctamente.

La información sobre medicamentos en la visita médica debe ser precisa, equilibrada, honesta, objetiva y ser lo suficientemente completa para permitir al destinatario juzgar por sí mismo el valor terapéutico del medicamento. Debe basarse en una evaluación científica adecuada y no debe inducir a confusión, según el Código de Buenas Prácticas para la Promoción de Medicamentos¹⁰, pero evidentemente no son sólo informativas, son publicidad y promoción de medicamentos. Esto es totalmente lícito, pues se trata de una economía de mercado y la empresa farmacéutica busca su beneficio. Pero no debe haber engaño.

El médico tiene la obligación de diferenciar información de publicidad, investigación de promoción, y no siempre es así⁴. En el estudio al que se ha hecho referencia en este documento, se analizaron diferentes respuestas de médicos de atención primaria ante ofertas de la industria farmacéutica, que únicamente pretendían aumentar la prescripción, y se observa claramente como la mayoría de los médicos no diferencian entre investigación y promoción de medicamentos. Hay que distinguir en las prácticas de los visitadores para poder valorar la información, hay que diferenciar entre un estudio de investigación y una técnica para aumentar la prescripción de un determinado fármaco. Por otro lado, no vamos a negar las aportaciones de la industria farmacéutica en formación médica, y su colaboración en algunos proyectos importantes tanto para el médico como para los pacientes. Pero la responsabilidad última de analizar la información es nuestra. Farmaindustria tiene su código, nosotros debemos aplicar el nuestro.

¿Podrían comentarme algunos de los aspectos más destacados del Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria? ¿Es de obligado cumplimiento? ¿quién vela para que así sea?

Sara Galán Herrera

En 1992, la Federación Europea de las Asociaciones de la Industria Farmacéutica desarrolló un Código Europeo de buenas prácticas para la promoción de medicamentos. Este fue adoptado por Farmaindustria como Código Español¹¹. Posteriormente, en el año 1992, se realizaron las oportunas adaptaciones al Código Español para que fuera plenamente conforme con las disposiciones introducidas por la Directiva 92/28/CEE, del 31 de Marzo de 1992, relativa a la publicidad de los medicamentos de uso humano. En marzo de 2002 la

Asamblea General de FARMAINDUSTRIA aprobó una nueva versión del Código¹².

Finalmente, y tras la aprobación del nuevo Código de EFPIA en noviembre de 2004, se adaptó el Código de FARMAINDUSTRIA para incorporar algunos elementos del Código europeo. Esta última versión del Código, el Reglamento de los Órganos de Control y las Guías de Desarrollo que facilitan una correcta interpretación del propio Código, fueron aprobados por la Asamblea General de FARMAINDUSTRIA en junio de 2005. Algunos puntos destacados son los siguientes:

- La información sobre los medicamentos debe ser precisa, equilibrada, honesta y objetiva, y ser lo suficientemente completa para permitir al destinatario juzgar por sí mismo el valor terapéutico del medicamento. Debe basarse en una evaluación científica adecuada y no debe inducir a confusión.
- Cualquier actividad o material promocional debe respetar la especial naturaleza del medicamento y el nivel profesional de los destinatarios, sin que sea susceptible de causar ningún tipo de ofensa o de disminuir la confianza en la industria farmacéutica.
- Cuando una compañía financie, asegure u organice directa o indirectamente la publicación de material promocional en periódicos o revistas, debe constar expresamente que dicho material no se presenta como un asunto editorial independiente, debiendo aparecer la compañía patrocinadora en lugar visible.
- La promoción de medicamentos destinada a profesionales sanitarios que se difunda a través de Internet deberá incluirse en un contexto básicamente técnico-científico o profesional.
- No podrán otorgarse, ofrecerse o prometerse obsequios, primas, ventajas pecuniarias o en especie a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de *prescripción, adquisición, distribución, dispensación y administración* o al personal administrativo para incentivar la prescripción, dispensación, suministro y administración de medicamentos, salvo que se trate de obsequios de poco valor y relacionados con la práctica de la medicina o la farmacia. Es admisible la entrega de obsequios tales como utensilios de uso profesional en la práctica médica o farmacéutica o utensilios de despacho de valor que no supere los 30 euros. Esta cantidad se actualizará periódicamente atendiendo a criterios de mercado. Se exceptúa la entrega de objetos naturaleza científico-técnica.
- La hospitalidad en manifestaciones de carácter profesional o científico, debe siempre ser razonable. El concepto de hospitalidad incluye los gastos reales de desplazamiento, inscripción y estancia que sean abonados por el laboratorio, los cuales deberán ser mesurados y no exagerados, y habrán de ajustarse a los días en que esté prevista la reunión científica. En este sentido, la hospitalidad no podrá extenderse más allá de lo razonable tras la realización del evento. La hospitalidad debe ser siempre accesoria en relación con el objeto principal de la reunión. Los objetivos científicos deberán constituir el foco principal en la organización de tales reuniones. La hospitalidad no incluirá el patrocinio u organización de eventos de entretenimiento. La hospitalidad no debe extenderse a otras personas distintas a profesionales sanitarios.
- Cuando las reuniones, congresos, simposios y actos similares estén patrocinados por compañías farmacéuticas, este hecho se hará constar en todos los documentos relativos a la reunión y también en cualquier trabajo, ponencia o documento que se publique en relación con los mismos.
- Es aceptable el pago de honorarios razonables y el reembolso de gastos personales, incluyendo el viaje, a los moderadores y ponentes de actos de carácter profesional o científico.
- Las compañías no podrán organizar o patrocinar eventos que tengan lugar fuera de España (eventos internacionales), a menos que tenga más sentido desde el punto de vista logístico que así sea porque: la mayor parte de los participantes invitados procedan del extranjero; o porque esté localizado en el extranjero un recurso o *expertise* relevante y que es el objeto principal del evento.
- En ningún caso se podrá ofrecer dinero para compensar meramente el tiempo empleado por los profesionales sanitarios para asistir al evento.
- Los visitantes médicos deben estar adecuadamente preparados, por o en nombre de la compañía que les emplee. Los visitantes médicos no deben emplear ningún incentivo o subterfugio como medio para que se les conceda una entrevista. Los visitantes médicos deben asegurarse de que la frecuencia, momento y duración de las visitas a los profesionales sanitarios, personal administrativo y autoridades sanitarias y semejantes, junto con la forma en que son hechas, no causan inconveniencias.
- A los visitantes de compañías farmacéuticas que desarrollen su labor en *oficinas de farmacia* les serán aplicables las mismas reglas que a los visitantes médicos.
- Los estudios post-autorización deben llevarse a cabo respetando los requisitos que imponga la legislación aplicable y con una intención fundamentalmente científica o formativa. Estos estudios no deben emprenderse bajo ningún concepto como un procedimiento para promocionar un producto o con el fin de inducir a la prescripción a los profesionales sanitarios. El diseño y seguimiento de los estudios post-autorización será responsabilidad de los Departamentos Médicos o de Investigación Clínica de los laboratorios.

Las empresas asociadas a FARMAINDUSTRIA o adheridas al Código se *comprometen y obligan* a respetar en sus actividades promocionales los principios recogidos en este Código. Existe una Unidad de Supervisión Deontológica, a la que estas empresas deben dirigir las posibles consultas sobre la adecuación al código de una determinada actividad promocional, cuya comisión es la encargada de resolverlas. Las consultas son vinculantes para la Unidad y la Comisión. Tanto las consultas formuladas como el resultado de las mismas no podrán mencionarse en las actividades promocionales.

El control del cumplimiento de las normas promocionales establecidas corresponde a la *Unidad de Supervisión Deontológica, a la Comisión Deontológica de la Industria Farmacéutica y al Jurado de la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial*

Las empresas de Farmaindustria se comprometen a plantear sus reclamaciones contra las prácticas promocionales de otras empresas en primera instancia ante la Comisión Deontológica y con carácter previo al recurso a los Tribunales de Justicia o a las Autoridades Sanitaria, así como a acatar y cumplir con carácter inmediato las resoluciones del Jurado.

Las infracciones se calificarán como leves, graves y muy graves, atendiendo a criterios de entidad de la infracción y, en particular, su posible riesgo para la salud de los pacientes, repercusión en la profesión médica o científica del hecho que genera la infracción, competencia desleal y perjuicio para la imagen de la industria farmacéutica. Pueden concurrir factores agravantes como la reincidencia. Las sanciones pecuniarias pueden variar desde 6.000 a 360.000 euros. Farmaindustria debe ejecutar las sanciones impuestas por el Jurado, y constituir con su importe un fondo especial que se deberá destinar a promover el uso racional de los medicamentos.

La señora Brío, una mujer de 49 años, entra en la consulta. -"Doctor: vengo a que me haga esta receta (una estatina de última generación). Como ya sabe tengo el colesterol muy alto y la dieta no me hace nada: llevo más de un año sin perder un gramo pese a todo lo que me cuido. Menos mal que no soy obesa, que tengo bien la tensión y no me ha salido azúcar, idebo ser la única en la familia! El médico de mi hermana, la que tuvo el infarto el año pasado, se la ha recetado y le va estupendamente. Dice que es el mejor medicamento para los diabéticos. En la farmacia me la han adelantado y también me han dicho que es muy buena".

Rodrigo Córdoba

La solicitud de la paciente ilustra uno de los posibles orígenes de la prescripción inducida: la inducida por nuestros propios pacientes, con o sin apoyo del personal que trabaja en las farmacias dispensando medicamentos.

La toma de decisiones terapéuticas que repetimos reiteradamente día a día en nuestra práctica clínica, implica seleccionar medicamentos concretos "con nombre y apellido" plasmados en la preceptiva receta médica, tras valorar su eficacia, mejor aún su efectividad –no siempre disponible–, la seguridad del principio activo para la persona concreta para la que está indicada, el coste, directo e indirecto, del medicamento específico que estemos barajando, y su conveniencia, al compararlo con otras alternativas terapéuticas indicadas, que incluya la consideración del mismo principio activo de otras casas comerciales, o bien, si es posible, con otros principios activos igualmente indicados, o incluso las recomendaciones no farmacológicas. Para ello necesitamos conocer las cuestiones básicas relacionadas con la evaluación y selección de medicamentos en la práctica clínica, entre los que están los niveles de evidencia y la fuerza de la recomendación, teniendo en cuenta que, en el mejor de los casos, la información independiente y de buena calidad de la que procede dicha evidencia, proviene de poblaciones y muestras representativas que difieren en cuestiones importantes con respecto a nuestra población de referencia. Es decir, la información puede provenir de estudios con una validez interna y fiabilidad intachables pero, por no contar con validez externa (o no haberla valorado) que nos permita extrapolar las conclusiones basándonos en la evidencia de la que carecemos, nuestras decisiones pueden resultar sesgadas involuntariamente, dejando de hacer todo el bien que pretendíamos hacer y de evitar todo el mal que debíamos evitar, gastando unos recursos, siempre limitados, que dejarán de estar disponibles para otros fines lícitos¹³.

Además, debemos tener en cuenta consideraciones de orden ético y deontológico que nos orienten en la forma correcta y más adecuada para llevar a cabo nuestras prescripciones cotidianas, como el Código de Ética y Deontología Médica, que si bien no dedica ningún capítulo específico al tema, alude al mismo en varios artículos como los que siguen:

- Art 4. 3. La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.
- Artículo 6.1. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.

- Art. Artículo 20.1: El médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad.
- Artículo 22.1. No son éticas las prácticas (...) carentes de base científica y que prometen a los enfermos curaciones; los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados,...

Al hablar de ética de la prescripción, los principios de nivel particular (considerar lo más indicado para el paciente –beneficencia- y sus preferencias personales –autonomía-) deben considerarse, siempre y cuando hayamos cumplido previamente con los principios de no maleficencia (evitar lo contraindicado) y justicia (distribución equitativa de recursos, entre otras cosas).

La primera conclusión a la que debemos llegar es que, desde la perspectiva ética, la necesidad de formación e información de calidad, derivada de estudios con validez y fiabilidad internas contrastadas, y con validez externa que nos permita extrapolar conclusiones, es un imperativo derivado de los principios universales de no-maleficencia y de justicia. Otras consideraciones a tener en cuenta serían:

- Derivados del respeto al principio de no maleficencia, además de evitar la contraindicación, podemos deducir que el deber de información y formación continuada de calidad, también en el terreno de la responsabilidad personal de cada uno de los profesionales, deriva de este principio ético universal.
- Del principio de justicia se deduce la búsqueda del necesario equilibrio entre beneficios y costes del tratamiento, así como la distribución equitativa de recursos que obliga a evitar la ley de cuidados inversos que nos puede llevar a prescribir más y/o mejor a quien más lo solicita, no a quien más lo necesita. Por ejemplo: la señora mayor pero independiente para las actividades de la vida ordinaria, que acude asiduamente a la consulta, sin problemas importantes de interés, a quien en la última analítica le han salido cifras elevadas de colesterol total con un HDL en rango alto de la normalidad; frente a la abuelita diabética, con secuelas de un ACV que le impiden acudir a la consulta, con unos hijos muy ocupados y al cuidado de una persona contratada a la que le va muy mal el horario de consulta: tiene unos resultados pendientes de valorar con un colesterol elevado y cifras muy bajas de HDL que aconsejarían modificar el tratamiento.
- En cuanto al principio de autonomía, ya se ha comentado el debido respeto a las preferencias de la persona, una vez asegurado el debido intercambio de información, siempre y cuando se respeten primero los principios de no maleficencia y de justicia.
- El principio de beneficencia nos insta a promover el mayor bien a la persona, lo que en ocasiones puede incluir la abstención terapéutica o la indicación de medidas no farmacológicas.

En ocasiones es difícil diferenciar entre indicación y contraindicación, entre normas derivadas del principio de no maleficencia y las derivadas del de beneficencia, que, como ya hemos dicho, están a niveles distintos y obligan de forma diferente.

El caso de las estatinas es un buen ejemplo, dado la controversia de su indicación en prevención primaria. Cuando además se trata de valorar la prescripción de una molécula de reciente aparición en el arsenal terapéutico, conlleva ciertos riesgos éticos como los posibles daños no deseados derivados del riesgo de efectos adversos de un nuevo fármaco poco conocido. Algunos nuevos fármacos deben retirarse antes de los 5 años de su comercialización por este motivo.

En los últimos años la familia de las estatinas se ha convertido en el grupo terapéutico que más recursos consume en el Sistema Sanitario. El creciente bombardeo mediático sobre la población y sobre la clase médica ha creado la sensación de enfermedad en lo que únicamente es un factor de riesgo. La realidad epidemiológica española difiere notablemente de aquella en la que se han realizado los ensayos clínicos con estatinas. El análisis crítico de los diferentes ensayos en prevención primaria cardiovascular con estos medicamentos muestra unos beneficios de una escasa relevancia clínica. Especialmente se critica la importancia dada a la disminución del riesgo relativo en detrimento de la disminución del riesgo absoluto.

La poca relevancia de los resultados obtenidos trasladados a una población como la española, exige la utilización de tablas de valoración del riesgo cardiovascular antes de poner un tratamiento hipolipemiente con estatinas, de tal forma que se seleccionen los pacientes de alto riesgo, ya que son los que, en principio, podrían beneficiarse de la prevención primaria. Dentro de las tablas de valoración de riesgo las que parecen más equilibradas y se ajustan más a la realidad son las del SCORE para poblaciones del sur de Europa o el REGICOR ¹⁴. La utilización de estos fármacos como prevención primaria en mujeres y ancianos no se justifica si nos atenemos a los resultados de los ensayos. En población española, los pacientes diabéticos no deberían ser clasificados sistemáticamente como de prevención secundaria sino aplicarles tablas de valoración de riesgo específicas. Por último, los efectos adversos de las estatinas podrían estar minimizados en los ensayos

clínicos por un sesgo de selección de los pacientes. Las estatinas son fármacos de alto coste día que deben utilizarse con rigor y con criterio puesto que contribuyen de forma muy significativa al gasto farmacéutico. En prevención primaria sus beneficios son mucho menos importantes que dejar de fumar o controlar la presión arterial ¹⁵. Algunos países europeos como Italia solo financian las estatinas en prevención secundaria, pero no en prevención primaria. Otros como el Reino Unido exigen la presencia de un determinado riesgo para indicar las estatinas en prevención primaria. No se trata entonces de promover el uso de estatinas genéricas sino de hacer una valoración cuidadosa de la indicación en la que el beneficio y la equidad estén presentes.

Se habla mucho de libertad de prescripción pero en la práctica la prescripción inducida parece la norma. ¿Cómo puedo aducir objeción de conciencia para no prescribir anticonceptivos en una consulta dentro del Sistema Nacional de Salud?

Nieves Martín Espíldora

En nuestra época, tan abierta frente a determinados planteamientos vitales, cuesta encontrar la misma apertura para ciertas opciones personales que contrastan con la conducta más habitual entre los profesionales y los pacientes. Analizaremos brevemente la situación de la objeción de conciencia en el ámbito médico desde las perspectivas legal, deontológica y ética, pasando luego a la posibilidad de llevarla a la práctica.

Desde el punto de vista legal se recoge el derecho al ejercicio libre de la profesión sanitaria en los artículos 35.1y 36 de la Constitución Española y el artículo 88 de la Ley General de Sanidad, habiendo sido reconocido por el Tribunal Supremo en dos sentencias del año 1989. Además, la Constitución Española recoge en su artículo 16.1 que “se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto a los individuos y a las comunidades sin ninguna otra limitación, cuando sean manifestados, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley. (...) Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa y, como ha indicado el Tribunal Constitucional en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales. Por lo tanto, el derecho a la objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no su regulación. Sólo ha sido desarrollado legislativamente en el contexto del Servicio Militar al que se hace referencia en el artículo 30 de la Constitución, pero no en el ámbito sanitario, aunque cabe la posibilidad de cubrir esta ausencia con la introducción de las llamadas “cláusulas de conciencia”, que por ahora no han sido recogidas en la legislación sobre cuestiones en materia de reproducción.

El Código de Ética y Deontología Médica vigente desde septiembre de 1999, reconoce el derecho a la libertad de conciencia, estableciendo en su artículo 26.1, dentro del capítulo VI (De la reproducción humana) que: “El médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno por el problema por el que se consultó”. En el capítulo III (Relaciones del médico con sus pacientes), si bien el artículo 8.1 expone: “En el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”, a continuación el 9.3 afirma que: “Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.” Por otra parte el artículo 20 establece la libre prescripción, manifestando que: “El médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad”.

Desde el punto de vista ético no sólo existe el derecho sino también el deber de seguir el dictamen de la propia conciencia, que no es una mera opinión, sino un juicio establecido con formación previa, honestidad en la intención y reflexión cuidadosa. Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que es lícito aducir objeción de conciencia respecto a la prescripción de anticonceptivos en la red pública de salud.

En cuanto al modo de llevar a cabo la objeción de conciencia, es aconsejable actuar de forma escalonada teniendo en cuenta, además, que la mayoría de los anticonceptivos no se incluyen actualmente entre las prescripciones financiadas por el Sistema Nacional de Salud. En un primer momento, ante la paciente que reclama esta prescripción, el médico puede establecer un diálogo sobre su forma de pensar respecto a estos fármacos, en el supuesto de que no se den contraindicaciones médicas (en este caso se planteará una “objeción de ciencia”, sin recurrir a la conciencia). Según el grado de confianza existente en la relación clínica, el profesional puede explicarle los motivos de su parecer o, simplemente, exponerlo. En todo caso le facilitará información sobre este tipo de sustancias (características, mecanismo de acción, eficacia, efectos previstos, etc), puesto que tal información es un derecho del paciente (recogido en el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad) y se incluye dentro del buen hacer médico. Esta forma de proceder sirve también para la prescripción inducida por especialistas, puesto que el médico de cabecera no tiene por qué asumirla si no está de acuerdo, aunque -tradicionalmente- lo

haga para evitar incomodidades al usuario. En muchos casos, si existe una buena relación clínica, ésta se mantiene, y la paciente no considera necesario acudir a otro profesional. Si no es así tiene derecho a cambiar de médico, tal y como se garantiza en el RD 1575/1993, que regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud. También se recoge esta posibilidad en el artículo 7 del Código Deontológico: "La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario". El desacuerdo entre médico y paciente puede surgir por otros muchos motivos, como la solicitud de tratamientos o pruebas diagnósticas que el médico no considera necesarios, así como por el delicado tema de las bajas laborales.

Si la discrepancia sobrepasa los límites de la consulta y se expresa en forma de reclamación, o si los compañeros o la gerencia ejercen una presión indebida sobre el profesional que practica su derecho a la objeción, es posible regularizarla presentándola a través del Colegio de Médicos. El Colegio puede defender los derechos del profesional si éste sufre represalias (de forma manifiesta o sutil) en el ejercicio de su trabajo, tal como se expone en el artículo 26.2 del Código: "El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria". Por último, si se produce un perjuicio indebido al profesional existe el recurso a la vía judicial, previa asesoría colegial.

